

Recebido: 02.08.2021  
Aceito: 10.12.2021

**Como citar  
este artigo**

Leal CRN, Lima AFC.  
Possibilidades da aplicação  
de diferentes modelos de  
remuneração da prestação  
de serviços no Sistema de  
Saúde Suplementar. Rev Paul  
Enferm. 2022;33:A02. <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2022v33a02>

## Possibilidades da aplicação de diferentes modelos de remuneração da prestação de serviços no Sistema de Saúde Suplementar

Possibilities of applying different remuneration models for the provision of services at Supplementary Health System

Posibilidades para la aplicación de diferentes modelos de remuneración de prestación de servicios en el Sistema de Salud Suplementario

**Caroline Rife Nobrega Leal<sup>1</sup>**  
**Antônio Fernandes Costa Lima<sup>1</sup>** ORCID: 0000-0002-3582-2640

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** discorrer sobre diferentes modelos de remuneração passíveis de aplicação no Sistema de Saúde Suplementar. **Método:** Estudo reflexivo que sintetiza os principais aspectos de diferentes modelos de remuneração a partir das referências disponíveis na literatura. **Resultados:** As Instituições de saúde privadas, seguradoras e operadoras de planos de saúde podem inovar as formas de se relacionar substituindo o tradicional *Fee for service* (pagamento por serviço) por outros modelos como o *Bundled Payments* (pagamento por pacotes), *Pay for Performance* (pagamento por desempenho), *Diagnosis Related Groupings* (Grupo de Diagnósticos Homogêneos) e *Capitation* (Capitação). A adoção intencional de um novo modelo pode resultar em alternativas que tornem o custo do atendimento previsível e associado ao desempenho, incentivando a qualidade assistencial, para além do volume de serviços, e o alcance do equilíbrio financeiro. **Considerações Finais:** Praticar diferentes modelos de remuneração pode gerar melhores resultados associados ao Sistema de Saúde Suplementar e proporcionar o incremento de custos beneficiando prestadores de serviços, fontes pagadoras e pacientes/clientes.

**Descritores:** Saúde Suplementar; Remuneração; Faturamento; Custos de Cuidados de Saúde; Alocação de Custos.

### ABSTRACT

**Objective:** To discuss about different remuneration models possible on applying at Supplementary Health System. **Methods:** Reflective study that synthesizes the main aspects of different models of remuneration from the references available in the literature. **Results:** Private health institutions, insurance companies

**Autor  
Correspondente**  
**Antônio Fernandes  
Costa Lima**  
[tonifer@usp.br](mailto:tonifer@usp.br)

and providers of healthcare plans can innovate the ways on relating by replacing the traditional *Fee for service* with other models like *Bundled Payments*, *Pay for Performance*, *Diagnosis Related Groupings* and *Capitation*. The intentional adoption of a new model can result in alternatives that make the attending cost predictable and associated with performance, encouraging quality of care, beyond the amount of services, and the achievement of financial balance. **Final considerations:** Practicing different remuneration models can generate better results associated to the Supplementary Health System and provide an improvement in costs benefiting services providers, paying sources and patients/clients.

**Descriptors:** Supplemental Health; Remuneration; Billing; Health Care Costs; Cost Allocation.

## RESUMEM

**Objetivo:** discurrir sobre los diferentes modelos de remuneración susceptibles de aplicación en el Sistema de Salud Suplementario. **Método:** Estudio reflexivo que sintetiza los principales aspectos de diferentes modelos de remuneración a partir de las referencias disponibles en la literatura. **Resultados:** Las Instituciones de salud privadas, aseguradoras y operadoras de planes de salud pueden innovar en las formas de relacionarse substituyendo el tradicional *Fee for service* (pago por servicio) por otros modelos como el *Bundled Payments* (pago por paquetes), *Pay for Performance* (pago por desempeño), *Diagnosis Related Groupings* (Grupo de Diagnósticos Homogéneos) y *Capitation* (Capitación). La adopción intencional de un nuevo modelo puede resultar en alternativas que transformen el costo de la atención previsible y asociado al desempeño, incentivando la calidad asistencial, para más allá del volumen de servicios, y el alcance del equilibrio financiero. **Consideraciones finales:** Practicar diferentes modelos de remuneración puede generar mejores resultados asociados al Sistema de Salud Suplementario y proporcionar el incremento de costos beneficiando prestadores de servicios, fuentes pagadoras y pacientes/clientes.

**Descriptor:** Salud Complementaria; Remuneración; Facturación; Costos de la Atención en Salud; Asignación de Costos.

## INTRODUÇÃO

A sustentabilidade do orçamento do setor saúde tem sido seriamente comprometida pela crise econômica decorrente de alterações importantes no perfil da população, aumento da prevalência de doenças crônicas e grande oferta de tecnologias mais caras, gerando questionamentos sobre a viabilidade de modelos de remuneração tradicionalmente praticados e as necessidades de respostas à crescente preocupação com a elevação de custos em saúde<sup>(1)</sup>.

No Sistema de Saúde Suplementar, o indicador de sustentabilidade financeira das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) é resultado da relação entre a receita versus despesas, ou seja, a relação entre as contraprestações e as despesas assistenciais, também denominadas de taxa de sinistralidade. O aumento dessa taxa oferece riscos ao equilíbrio financeiro das OPS, impulsionando-as a buscar opções para reduzi-la no gerenciamento de suas carteiras de beneficiários<sup>(2)</sup>.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o perfil epidemiológico da população brasileira tem sido alterado devido ao aumento na expectativa de vida. Uma parcela maior de idosos na carteira de beneficiários das OPS conduz à maior utilização de serviços de saúde, além do aumento das despesas com internações. Altas taxas de internação no SSS e tempo de permanência elevados, requerem que as OPS gerenciem suas carteiras de beneficiários, adotando medidas para reduzir os custos e melhorar a prática da equipe multiprofissional demonstrando eficiência e eficácia<sup>(3)</sup>.

Gerenciar um serviço de saúde direcionado à qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes exige mudança do foco de atenção, tradicionalmente centrado na doença, para a atenção ao indivíduo. Então, torna-se imprescindível a capacitação dos profissionais da equipe de saúde, aplicação de protocolos clínicos, implantação de rotinas bem definidas e de um plano de cuidados que atenda integralmente as demandas requeridas pelo paciente<sup>(4)</sup>.

Verifica-se a necessidade de revisão do modelo de cuidado, tradicionalmente hospitalar, para o desenvolvimento de uma perspectiva que responda às novas necessidades em saúde, incentivando, para além do volume, a qualidade do atendimento. Além disso, visando a sustentabilidade e eficiência financeira, instituições privadas, prestadoras de serviços de saúde, e OPS estão inovando as formas de se relacionar e novos modelos de remuneração têm sido criados, em substituição ao tradicional e predominante *Fee for service* (pagamento por serviço), buscando alternativas que tornem o custo de cada atendimento mais previsível e associado ao desempenho<sup>(5)</sup>.

Considerando a conjuntura do Sistema de Saúde Suplementar, a necessidade de incrementar, continuamente, os processos de gestão e gerenciamento dos serviços de saúde privados e as dificuldades enfrentadas pelas OPS, se faz necessário que os profissionais de saúde, especialmente os que ocupam posições deliberativas estratégicas, conheçam e se apropriem das diferentes formas de remuneração por serviços prestados. Nesta perspectiva, este estudo objetiva discorrer sobre diferentes modelos de remuneração passíveis de aplicação no Sistema de Saúde Suplementar, a partir da síntese dos principais aspectos evidenciados na literatura.

## MODELOS DE REMUNERAÇÃO EM SAÚDE

Até 2015 o Sistema de Saúde Suplementar vinha crescendo, então, os resultados financeiros resultaram no fechamento de várias instituições, demonstrando sinais de desgaste ou desatualização do modelo de remuneração *Fee for Service* (pagamento por serviço). A grande preocupação tem sido a restrição de recursos diante de uma demanda crescente e mais exigente pelos vários agentes envolvidos. Esse desequilíbrio tem levado a uma significativa redução no número de OPS em atividade<sup>(5)</sup>.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar assumiu a responsabilidade por conduzir o debate sobre os modelos de remuneração adotados na relação entre as OPS e os prestadores de serviços de saúde<sup>(6)</sup>. Considerando a relevância da implementação de novas formas de remunerar baseadas em valor, que se fundamentem, para além da redução dos custos, na qualidade dos serviços prestados<sup>(6)</sup> esta breve reflexão abordará, sinteticamente, os modelos de remuneração *Fee for Service* (pagamento por serviço), *Bundled Payments* (pagamento por pacotes), *Pay for Performance* (pagamento por desempenho), *Diagnosis Related Groupings* (Grupo de Diagnósticos Homogêneos) e *Capitation* (Capitação).

No modelo de remuneração *Fee for Service* (pagamento por serviço), tudo o que for consumido na prestação de serviços de saúde (exames, procedimentos, materiais, diárias e/ou internações) é listado em uma fatura detalhada que é enviada à OPS para proceder o pagamento. Nele, o valor final varia muito e a remuneração depende do volume de serviços prestados e de materiais consumidos, o que pode induzir o prestador a realizar mais procedimentos para aumentar a sua remuneração, resultando em desperdícios e glosas das contas hospitalares<sup>(7)</sup>.

Se por um lado o *Fee for Service* (pagamento por serviço) pode inibir a seleção de pacientes, por outro lado estimula a produtividade por meio do aumento da quantidade de processos, volume e complexidade dos serviços, sem levar em conta a qualidade, que deveria ser o foco da prestação de serviços de saúde. Sua lógica tem estimulado as OPS a glosar itens das contas hospitalares, baseadas em recursos técnicos ou administrativos, configurando-se em um dos principais instrumentos de pressão às organizações hospitalares. Organizado para atender quadros agudos por meio de intervenções curativas, este modelo de remuneração tem cedido espaço para o desenvolvimento de outras perspectivas que respondam, adequadamente, às novas necessidades em saúde, e incentivem a qualidade do atendimento prestado e não apenas o volume<sup>(8)</sup>.

Os remanescentes de pagamentos baseados em volume provavelmente permanecerão em um futuro previsível, mas os profissionais de saúde serão, cada vez mais, remunerados pela qualidade, ao invés da quantidade, dos serviços prestados. Nos Estados Unidos da América (EUA), os setores executivo e legislativo reafirmaram seu compromisso com a expansão do cuidado baseado em valor, mudando de taxa por serviço baseada em volume para modelos de taxa por valor. Como exemplo, é evidenciada a importância do papel do cirurgião na definição dos pacotes de cuidados, traçando a trajetória assistencial, analisando os riscos associados, monitorando os resultados por meio de avaliações de garantia de qualidade e melhoria de desempenho. Nessa direção, os cirurgiões que desenvolverem as competências necessárias para ter sucesso em modelos baseados em valor ganharão maior participação de mercado<sup>(9)</sup>.

De acordo com o modelo *Bundled Payments* (pagamento por pacotes), o prestador de serviços de saúde recebe um valor previamente acordado com a fonte pagadora ao longo de todo o tratamento de uma condição específica. O valor é empacotado, nele estão inclusos todos os cuidados que o paciente possa precisar durante seu tratamento e os prestadores de serviços de saúde têm responsabilidade pelo ciclo completo do tratamento de determinada condição. Dessa forma, o risco recai sobre o prestador não sendo compartilhado pela fonte pagadora<sup>(6-7)</sup>. Os resultados esperados com a sua adoção é incrementar o cuidado e priorizar a alta precoce, reduzindo os riscos de complicações e o tempo de internação, acarretando para a instituição redução de custos e o aumento da satisfação dos pacientes/clientes<sup>(7-8)</sup>.

O *Bundled Payments* (pagamento por pacotes) é sensível ao valor de pagamento do pacote e traz riscos para o prestador de serviços de saúde. Assim, a sua implementação prática deve envolver a avaliação detalhada das ações de risco do prestador e seleção cuidadosa do valor de pagamento, pois um sistema que onere um valor abaixo é um risco financeiro extremamente alto para o prestador, aumentando a chance de falência e podendo reduzir o número de prestadores às OPS. Em longo prazo, isso poderia ter consequências seriamente prejudiciais, como a redução de acesso a cuidados e qualidade de atendimento<sup>(10)</sup>.

Os pacotes consistem em formas de remunerar atos episódicos (uma cirurgia, uma internação, um conjunto de materiais) que compõe ciclos de tratamento. Uma determinada necessidade de saúde é remunerada não só pelo custo da intervenção aplicada, mas também por todas as consequências dela resultantes. O ponto principal é que o prestador de serviços se responsabilize por todas as complicações que podem ocorrer caso o serviço prestado não seja de qualidade (como exemplos, quebra de implante, infecção no local da cirurgia, entre outros), durante um determinado período de tempo. Desta forma, todos os envolvidos são beneficiados: o pagador, que tem seus custos reduzidos em médio e longo prazo; o prestador de serviços, que passa a ter uma remuneração justa por bons serviços prestados; e o paciente que não será submetido a riscos desnecessários<sup>(11)</sup>.

O *Bundled Payments for Care Improvement - BPCI* (pagamentos em pacotes para melhoria dos cuidados em saúde) foi desenvolvido pelo Centro de Inovação do *Medicare* e *Medicaid* que são os dois principais programas governamentais de saúde dos EUA voltados a populações idosas e de baixa renda. O BPCI é composto por vários modelos de atendimento, que vinculam pagamentos para múltiplos serviços recebidos durante um único episódio de atendimento e inclui a responsabilidade financeira e de desempenho pelos episódios de atendimento. Os prestadores têm, portanto, responsabilidade pelo ciclo completo do tratamento de determinada condição de saúde<sup>(6)</sup>.

Estudo que analisou resultados clínicos do BPCI indicou, como resultados preliminares, a redução nos custos da artroplastia total articular, em grande parte pela redução do tempo de permanência hospitalar; diminuição das taxas de readmissão e redução do número de pacientes encaminhados para as unidades de reabilitação. Um dos centros de saúde avaliado incluiu o cuidado centrado na educação do paciente durante os estágios operatórios,

na expectativa de reduzir o número de pacientes que iriam para as unidades de internação, o tempo de permanência hospitalar e as readmissões pós-operatórias. Evidenciou-se que, com os altos custos associados às complicações, os provedores precisam criar estratégias de infraestrutura apropriadas para reduzir as complicações cirúrgicas e as readmissões propiciando a redução dos custos e melhoria da qualidade dos cuidados<sup>(12)</sup>.

Novas alternativas de remuneração estão sendo criadas mundialmente para vincular parte do ganho do prestador à qualidade do serviço de saúde prestado. O mercado começou a estimular a adoção de modelos de remuneração baseados no desempenho, que considera a qualidade da prestação do serviço ao paciente, buscando opções que transfiram parte do risco e da responsabilização do cuidado ao prestador.

Como exemplo, no modelo *Pay for Performance* (pagamento por desempenho), que objetiva a redução dos custos globais do sistema de saúde, o aumento da qualidade na atenção à saúde e a efetividade dos serviços; a remuneração é ajustada conforme o desempenho dos prestadores de serviços. O conceito de desempenho é geralmente medido a partir da avaliação de processos, desfechos, experiência do paciente e/ou infraestrutura, segurança do paciente e acreditação internacional<sup>(6)</sup>.

Em uma OPS, estudo que analisou a perspectiva de médicos sobre a implantação dos pagamentos por desempenho vinculados ao gerenciamento de doenças cardiovasculares (PGC) utilizou incentivos financeiros no pagamento por desempenho visando estimular a sua adesão à proposta e gerar uma mudança no modelo assistencial. As entrevistas realizadas com os médicos mostraram a sua preocupação com a qualidade dos cuidados, alguns deles foram favoráveis ao uso de incentivos econômicos, considerado como uma forma de reconhecimento do trabalho desenvolvido e como estímulo à melhoria dos resultados ligados às medidas de satisfação dos profissionais e da qualidade global da prestação de serviços da organização. Os resultados mostraram que, apesar do incentivo pago ainda ser pequeno e pouco perceptível, ele pode também favorecer a contenção dos custos com a manutenção da saúde dos pacientes e aumentar a qualidade do cuidado<sup>(13)</sup>.

Revisão sistemática que avaliou 41 artigos sobre a efetividade do pagamento por desempenho também reconhece que essa forma de remuneração é útil para promover a motivação para o alcance de objetivos no âmbito de sistemas de saúde, especialmente em mudanças de curto prazo e sobre ações pontuais e que exijam menos esforço dos provedores de serviços de saúde. No caso dos estudos que abrangeram ações e contextos mais complexos, indicou-se que o pagamento por desempenho deve ser utilizado após um planejamento rigoroso do modelo a ser implantado, observando-se: o agente-alvo do esquema; objetivos e metas pretendidas; forma de mensuração dos resultados, para o seu monitoramento e avaliação frequente; modalidade de recompensas (quanto à frequência, valor e nível de incentivo); bem como a consideração dos fatores institucionais e contextuais, os quais podem afetar significativamente os resultados obtidos<sup>(14)</sup>.

O *Diagnosis Related Groupings* (Grupo de Diagnósticos Homogêneos), sistema de classificação de pacientes desenvolvido para instrumentalizar a gestão hospitalar, possibilitando a mensuração e avaliação do desempenho não objetivava, originalmente, ser um modelo de remuneração. Contudo, ao auxiliar na monitoração da qualidade assistencial e utilização dos serviços hospitalares<sup>(15)</sup>, possibilita às OPS remunerar, mediante um único pagamento, um conjunto de serviços prestados, conforme o diagnóstico estabelecido. Logo, pode ser utilizado como um modelo de remuneração baseado no tipo de caso ou doença tratada, com um valor previamente acordado, estabelecido prospectivamente e determinado antecipadamente, independentemente dos custos reais da prestação dos serviços de saúde ao paciente<sup>(6)</sup>.

Tem como base a Classificação Internacional de Doenças (CID), que padroniza a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID fornece códigos relativos à

classificação de enfermidades e de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas de ferimentos ou doenças. Este modelo desconsidera o ciclo completo de atenção para o tratamento da doença e os pagamentos são feitos separadamente, a cada especialista, o que pode descoordenar o serviço. Tem a vantagem de homogeneizar as categorias de doenças, e tem sido usado no Brasil para a definição de pacotes de serviços com a adoção do modelo *Fee for service*<sup>(8)</sup>.

O modelo de remuneração *Capitation* (Capitação) estabelece um valor fixo por paciente cadastrado (per capita) para o fornecimento de serviços de saúde previamente contratados<sup>(8,16)</sup>.

A fonte pagadora remunera o prestador a um valor fixo por indivíduo, para um grupo de vidas atendidas para um determinado tipo de serviço, independentemente do nível de utilização ou complicações ocorridas. Desse modo, o prestador de serviços absorve parte do risco, visto que concorda em fornecer serviços de saúde a uma determinada população segurada independentemente do custo real dos serviços<sup>(8,16)</sup>.

Esse modelo pode induzir a uma redução do acesso aos serviços, seleção de risco ou baixa qualidade, caso o valor pactuado seja muito baixo; pode também trazer dificuldade para definir o valor pago por paciente e a possibilidade de ganhos financeiros por meio da diminuição da qualidade ou da subutilização dos serviços<sup>(8,16)</sup>. Por intermédio dele, os prestadores conseguem ter uma melhor previsibilidade de receita e maior controle sobre o orçamento sendo importante estabelecer, medir e garantir quais padrões de qualidade serão entregues à população atendida<sup>(8,16)</sup>.

As discussões relativas à forma de remuneração de prestadores de serviços do Sistema de Saúde Suplementar estão associadas ao modelo de atenção e aos resultados em saúde esperados, evidenciando que o modelo de remuneração impacta fortemente o cuidado prestado e, conseqüentemente, os seus resultados. Portanto, a política de pagamento configura-se, também, em um fator que influencia como os serviços e os profissionais de saúde prestam cuidados aos pacientes<sup>(5)</sup>. Destaca-se, ainda, a importância do estabelecimento de um conceito amplo e atualizado sobre valor em saúde que, objetivamente, pode ser definido como "resultados do cuidado assistencial divididos pelo custo do serviço prestado"<sup>(16)</sup>.

A partir da síntese dos modelos de remuneração em saúde descritos no presente estudo, ressalta-se que a sustentabilidade do Sistema de Saúde Suplementar depende de fatores como o financiamento suficiente e a gestão eficiente, eficaz e efetiva dos recursos requeridos. Portanto, para o alcance da sustentabilidade econômico-financeira é necessário que as fontes pagadoras e os prestadores de serviços de saúde vislumbrem estratégias inovadoras oportunas que os auxiliem a optar pela adoção de diferentes modelos de remuneração.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema de Saúde Suplementar brasileiro enfrenta grandes desafios relativos à viabilidade econômica da prestação de serviços. É imprescindível analisar as possibilidades de substituição do tradicional modelo de remuneração *Fee for Service* por outros modelos a fim de favorecer o controle de variabilidade de custos e melhorar a coordenação da atenção à saúde, visando a melhoria contínua de resultados, especialmente por meio da diminuição da ocorrência de complicações evitáveis.

Cada modelo de remuneração, se adequadamente implementado, tem potencial para contribuir para o alcance de melhores resultados no Sistema de Saúde Suplementar e proporcionar o incremento da qualidade e dos custos beneficiando seguradoras, OPS, prestadores de saúde e pacientes/clientes.

## FONTE DE FINANCIAMENTO DO ESTUDO

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## REFERÊNCIAS

1. Bonacim CAG, Araujo AMP. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. *Rev Adm Pública*. 2010;44(4):903-1. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122010000400007>
2. Araújo AAS, Silva JRS. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(8):2763-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.20572016>
3. Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP. Observatório ANAHP. 7ª ed. 2015.
4. Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SS, Thurow MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):816-22. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Beneficiários, Operadoras e Planos [Internet]. Rio de Janeiro; 2017[cited em 2020 Aug 15]. Available from: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Caderno\\_informacao\\_saude\\_suplementar/caderno\\_informacao\\_junho\\_2017.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_informacao_junho_2017.pdf)
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor [Internet]. Rio de Janeiro; 2019[cited 2020 Aug 15]. Available from: [http://www.ans.gov.br/images/Guia\\_Modelos\\_de\\_Remunera%C3%A7%C3%A3o\\_Baseados\\_em\\_Valor.pdf](http://www.ans.gov.br/images/Guia_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Valor.pdf)
7. Ribeiro CEPS, Arrais AR. Hospital billing for birthing services: an alternative model to fee-for-service. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(2):170-80. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800025>
8. Bichuetti JL, Mere YAJ. Modelos de remuneração na saúde [Internet]. *Havard Business Review Brasil*. 2016 [cited 2020 Aug 13]. Available from: <https://hbrbr.uol.com.br/modelos-de-remuneracao-na-saude/>
9. Jackson HA, Walsh B, Abecassis M. A Surgeon's Guide to Bundled Payment Models for Episodes of Care. *JAMA Surg*. 2016;151(1):3-4. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.2779>
10. Adida E, Mamani H, Nassiri S. Bundled Payment vs. Fee-for-Service: Impact of Payment Scheme on Performance. *Manage Sci*. 2017;63(5):1606-24. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2016.2445>
11. In Club-Gestão, Estratégia e Cia. Informações e interação contas públicas. Value-Based Healthcare: como agregar mais valor à oferta de produtos e serviços em saúde [Internet]. 2018[cited 2020 Aug 13]. <http://www.inclublicita.com.br/value-based-healthcare-como-agregar-mais-valor-a-oferta-de-produtos-e-servicos-em-saude/>
12. Siddiqi A, White PB, Mistry JB, Gwam CU, Nace J, Mont MA, et al. Effect of bundled payments and health care reform as alternative payment models in total joint arthroplasty: a clinical review. *J Arthroplasty*. 2017;32 (8):2590-7. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.03.027>
13. Gomes CLS, Cherchiglia ML, Carvalho CL. Percepção do médico sobre pagamento por desempenho no gerenciamento de doenças cardiovasculares: o caso de uma operadora de plano de saúde. *Physis*. 2012; 22(2):567-586. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200009>

14. Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(5):1497-514. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.01652014>
15. Roschel LF, Flach L, Mattos LK, Lunkes R. Eficiência nos Gastos dos Hospitais: um estudo sobre o sistema Diagnosis Related Groups (DRG). *Rev Gest Sist Saúde*. 2018;7(2):42-57. <https://doi.org/10.5585/rgss.v7i2.350>
16. Campolina F. Modelos de pagamento baseado em valor[Internet]. ICOS; 2017 [cited 2020 Nov 16]. Available from: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02\\_02\\_2018.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf)